

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

діабетом в 2,9 рази частіше, що корелювало із давністю захворювання. У структурі алергічних реакцій, за останні роки (2017-2022), спостерігали зміни у зрівнянні з попередньо аналізованим періодом (2014-2017). А саме, змінились акценти в сторону збільшення епізодів медикаментозної гіперчутливості. Частіше за все алергічні реакції при ЦД були пов'язані з прийомом аналогових препаратів інсуліну, а точніше – препаратів з деякими домішками, що в них містяться.

Дисновки. Частота алергічних реакцій у хворих з інсулінозалежним діабетом в 2,9 разів перевищує загальнопопуляційну та прямо корелює з давністю та важкістю захворювання. За останні три роки, цей показник збільшився на 9%. Діагностику різних варіантів медикаментозної та харчової гіперчутливості, їх диференціальну діагностику, залежно від рівня медичної установи, слід здійснювати за допомогою клініко-анамнестичного та лабораторного методів досліджень, а також здійснення шкірного тестування для випадків IgE-опосередкованих реакцій гіперчутливості. Найбільш етіологічно значущими, в реалізації реакцій гіперчутливості, у обстежених пацієнтів є лікарські препарати та харчові продукти. Програма терапевтичних заходів щодо пацієнтів із цукровим діабетом, повинна включати дієтологічну освіту хворих, елімінаційні заходи щодо можливих тригерних факторів, запобігання поліпрагмазії та обов'язкову фіксацію даних про виявлені реакції гіперчутливості в медичній документації хворих.

Коваль Г.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ДЕФІЦИТАМИ АНТИТІЛ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Вроджений/первинний імунодефіцит (ПІД) вражає близько 6 мільйонів людей у всьому світі, близько 50% з яких мають дефіцит антитіл. На тлі пандемії COVID-19 ці люди знаходяться в зоні особливого ризику, оскільки мають вроджені порушення імунітету та імунного захисту від інфекцій. Водночас добре відомо, що низка імунних медіаторів, зокрема сироваткові рівні інтерлейкіну-6 (IL-6), тісно корелюють із тяжкістю та смертністю від COVID-19, проте знижуються при деяких імунодефіцитах. Тому, хоча з початку пандемії були побоювання, що пацієнти з імунодефіцитами будуть однією з найуразливіших груп для вірусу SARS Cov-2, у розумінні проблеми COVID-19 у поєднанні з ПІД відбулась швидка трансформація – від тотального занесення пацієнтів із всіма імунодефіцитами до найважчої групи ризику до розуміння поліморфності та неоднозначності цієї проблеми, особливо в контексті дефіцитів антитіл.

Мета дослідження. Дати оцінку клінічного перебігу COVID-19 у хворих із первинними (вродженими) дефіцитами антитіл.

Матеріал і методи дослідження. Проведене комплексне дослідження 16 пацієнтів з ПІД із визначенням особливості клініки, змін загальноклінічних показників, рівня сироваткових імуноглобулінів, IL-6, Д-димеру, гострофазових білків. Визначення рівня сироваткових імуноглобулінів та інтерлейкіну 6 проводилося імуноферментним методом. Усі пацієнти ПІД, а саме первинні дефіцити антитіл. Серед 16 пацієнтів було 10 чоловіків та 6 жінок, середній вік становив 35 років. Діагнози ПІД включали: загальний варіабельний імунодефіцит (ЗВІГ) – 5 пацієнтів, агамагобулінемія Брутона (Х-зчеплена агамаглобулінемія, XLA) – 4 пацієнти, дефіцит IgG4 – 4 пацієнти та WHIM синдром – бородавки, гіпоагамаглобулінемія, інфекції, мієлокатекс – 3 пацієнти.

Результати дослідження. Усі досліджувані пацієнти із первинним, генетично-детермінованим дефіцитом антитіл мали легкий або середній перебіг COVID-19. Окрім того, усі пацієнти отримали щеплення вакцинами проти SARS Cov-2 без продукції відповідних противірусних антитіл класів А, М, G (негативні поствакцинальні тести методом ІФА). Дослідження рівнів Д-димеру та IL-6 у всіх пацієнтів продемонструвало нормальні показники або незначне перевищення референтних значень.

Висновки. Отримані результати дозволяють припустити, що ймовірно ВТК/ІЛ-6/сприяє запальній реакції та подальшій тяжкості захворювання при COVID-19. Виходячи з цього, легка форма захворювання при дефіцитах антитіл, особливо ХЛА, може відображати не тільки дефіцит В-клітин, але й порушення продукції ІЛ-6. Отже, помилки вродженого імунітету можуть призвести до відсутності або порушення вироблення цитокінів, необхідних для розвитку, виживання, проліферації або функціонування В або Т-клітин, і, відповідно, – до адаптивної імунної дисрегуляції, що, як не парадоксально, відіграє позитивну роль у перебігу COVID-19.

Ляшук Р.П.

СИНДРОМ ЛАРОНА: ДІАГНОСТИКА, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Низькорослістю страждають близько 2–2,5% населення. Затримкою зросту супроводжується низка ендокринних, соматичних і хромосомних захворювань, внаслідок чого виникають труднощі в роботі лікаря практичної медицини у розпізнаванні генезу низькорослості та призначення адекватного лікування. Нормальний рівень секреції соматотропного гормону (СТГ) та зниження інсуліноподібного фактора росту (ІФР-1, соматомедіну С, тканинного посередника СТГ) свідчить про відносну соматотропну недостатність.

Поєднання нормального/високого рівня СТГ з низьким рівнем ІФР-1 характерно для порушення рецепторної чутливості до СТГ – рідкісного генетично детермінованого синдрому, описаного ізраїльським клініцистом Laron Z. (2004). Крім відносного дефіциту СТГ, на відміну від гіпофізарного нанізму, інші функції гіпофіза не змінені. На тлі різкого відставання в зрості з раннього віку, іноді з внутрішньоутробного періоду, у дітей зберігаються нормальні пропорції тіла.

У більшості дітей спостерігаються такі особливі риси обличчя, як виступаюче чоло й сідлоподібний ніс, гіпоплазія нижньої щелепи, у багатьох дітей відмічалися відстовбурчені вуха. «Яскравість» проявів фенотипу мала пряму залежність від ступеня гормональних відхилень, особливо недостатності ІФР-1.

Опис клінічного випадку. Хвора П., 12 років, батьки звернулися зі скаргою на відставання в зрості доньки із перших років життя, яке з віком наростало. Народилася у строк, від першої нормальної вагітності. Довжина тіла – 49 см, маса тіла – 3100 гр, знаходилася на грудному вигодовуванні. Прорізування зубів запізниле, травм, операцій у дитини не було. Успішно закінчила 5 класів. Батьки середнього зросту. Застосування препарату генно-інженерного ГР людини ефекту не дало (за рік дівчинка підросла лише на 3 см).

Об'єктивно. Зріст 118 см, маса тіла – 34 кг. Статура пропорційна, обличчя кукольне, виступаючий лоб, голубі склери. Терапевтичний статус без змін. Щитоподібна залоза не пальпується. Неврологічний статус не порушений. Психомоторний розвиток відповідає вікові. Кістково-м'язова система в нормі. Зони роста відкриті (рентгенографія кисті). Загальні і біохімічні дослідження в межах референтних значень. Гормони крові: ТТГ – 1,1 мО/дл (норма 0,4 – 4,2), Т₄ вільний – 0,89 нг/дл (норма 0,70 – 1,48), АКТГ – 10,2 нг/мл (норма 7 - 69), кортизол – 10,5 нмоль/л (норма 6,2 – 19,4), фолітропін – 3,85 мМО/мл (норма 3,85 – 8,78), лютропін – 2,0 мМО/мл (норма 2,39 – 6,6), СТГ – 7,1 нг/мл (норма 0,06 – 6,88), ІФР-1 – 11,9 нг/мл (норма 49 - 171).

Діагноз синдрому Ларона поставлений на підставі низькорослості за відсутності проявів інших ендокринопатій, низькому рівні ІФР-1 при нормальному референтному значенні СТГ крові та відсутності ефекту від лікування гормоном росту.

Пацієнтка потребує подальшого спостереження ендокринолога до періоду старту пубертатну. Дано загальні рекомендації відносно повноцінності раціону харчування, режиму сну, фізичної активності та лікувальної фізкультури.